

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ

*Тихоновская И.В., Шафранская Т.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Микроспория относится к числу наиболее распространенных дерматомикозов, занимая второе место после микозов стоп и кистей, и является самой частой грибковой инфекцией у детей различных возрастных групп. С высокой частотой заболевание регистрируется во всех странах мира. Различают антропонозные и зоонозные типы возбудителя микроспории. Самые частые возбудители антропонозной микроспории *Microsporum audouinii* и *Microsporum ferrugineum*. *Microsporum gypseum* — геофильный гриб, поражающий человека, лошадей, кошек и собак регистрируется преимущественно в сельской местности крайне редко. Наиболее распространенной является зоонозная микроспория, вызванная *Microsporum canis*. Источником заражения являются больные кошки, собаки, от человека к человеку заболевание передается редко.

Клинически выделяют микроспорию волосистой части головы или, реже, других волосистых участков кожного покрова,

микроспорию гладкой кожи, а также микроспорию ногтевых пластинок. Микроспория гладкой кожи представлена эритематозными пятнами с четкими границами, которые увеличиваются по периферии с формированием валика, состоящего из мелких узелков, пузырьков и корочек. В результате разрешения воспалительных явлений, в центре пятна приобретает бледно – розовую окраску с отрубевидным шелушением на поверхности, иногда формируется очаг «кольцо в кольце» (поражения такого типа более характерно для антропонозного возбудителя). При поражении волосистой части головы очаги микроспории располагаются главным образом на макушке, в теменной и височной областях. Обычно наблюдается 1–2 крупных очага величиной от 2 до 5 см, с округлыми или овальными очертаниями и четкими границами. По периферии крупных очагов могут быть отсевы – мелкие очаги диаметром 0,5–1,5 см. В начале заболевания процесс локализуется в устье волосного фолликула, при распространении гриба на стержень волоса, волосы обламываются на уровне 4 – 6 мм, имеют вид подстриженных волос (отсюда название “стригущий лишай”). Оставшиеся пеньки выглядят тусклыми, покрыты чехликом серовато-белого цвета, представляющим собой споры гриба. При поглаживании пеньки отклоняются в одном направлении и в отличие от непораженных волос не восстанавливают свое первоначальное положение. Кожа в очаге поражения слегка гиперемирована, покрыта серовато-белыми мелкими чешуйками. Поражение кожи ладоней, подошв и ногтевых пластинок при микроспории происходит редко. При этом на ладонях, реже подошвах, наблюдаются дисгидротические или сквамозно-кератотические высыпания, ногти теряют прозрачность, затем на них появляются белые очаги (лейконихия). При обследовании пораженного ногтя под лампой Вуда обнаруживается ярко-зеленое свечение. Диагностика микроспории основывается на микроскопическом обнаружении возбудителя, бактериологическом исследовании, исследовании лампой Вуда.

Лечение микроспории включает системную и наружную терапию. Для системного лечения применяются гризеофульвин, флуконазол, тербинафин, итраконазол. При поражении волос, в том числе и пушковых, применение системных антимикотиков обязательно. Наружно применяются противогрибковые мази: бифоназол, кетоконазол, клотримазол, миконазол, тербинафин; нитрофунгин. Для механического удаления возбудителя волосы сбриваются с периодичностью 1 раз в 4 дня.

**Цель** настоящего исследования: изучить эффективность противогрибкового препарата «Орунгал» (итраконазол) для лечения микроспории волосистой части головы у детей.

**Материалы и методы.** Обследовались 20 детей с диагнозом микроспория волосистой и/или микроспория волосистой части головы и гладкой кожи, проходящих лечение в микологическом отделении Витебского областного клинического диспансера. При выполнении работы применялись следующие методы: клинический, микроскопический, бактериологический. Обработка результатов приводилась с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждения.** Из двадцати обследованных пациентов было четырнадцать мальчиков и шесть девочек; из них шесть детей были городскими жителями и четырнадцать – сельскими. Средний возраст пациентов составил  $7,9 \pm 2,3$  лет. Самому старшему в обследуемой группе было четырнадцать лет. Источником заболевания у семи пациентов были домашние кошки и котята; у трех – бродячие кошки и котята; десять пациентов исключали контакт с какими – либо животными. Диагноз «микроспория волосистой части головы» был установлен у пятнадцати детей, «микроспория волосистой части головы и гладкой кожи» у пяти. Клинический диагноз у всех пациентов был подтвержден микроскопическим анализом, культуральным выделением *Microsporum canis* и люминесцентным исследованием в лучах лампы Вуда.

Итраконазол в виде капсул «Орунгал» назначался в следующих дозировках: при весе ребенка до 30 кг – 100 мг в сутки; от 30 до 40 кг – чередуя по 100 и 200 мг в сутки (средняя суточная доза 150 мг в сутки); при весе свыше 40 кг 200 мг итраконазола в сутки. Также пациенты получали местное лечение с применением противогрибковых мазей, бритье каждые четыре дня; четыре пациента применяли шампунь «Низорал». В ходе лечения учитывались прогнозируемые и непрогнозируемые побочные эффекты препарата. Каждые десять дней проводились параклинические методы исследования (ОАК, ОАМ); биохимическое исследование крови (уровень печеночных ферментов) проводилось при поступлении и каждый месяц лечения.

Выздоровлением считалось наличие пяти отрицательных результатов микроскопического исследования с интервалом 5 – 7 дней. В результате лечения клинко – микологическое выздоровление наступило у всех детей. Первый отрицательный анализ микроскопического исследования зафиксирован на  $28 \pm 9,4$  день от

начала лечения. Все пациенты лечение переносили хорошо, побочные эффекты препарата зафиксированы не были.

### **Выводы**

1. «Орунгал» (итраконазол) может применяться для лечения микроспории у детей как высокоэффективный и безопасный препарат, однако необходимы дальнейшее наблюдение с большим числом пациентов.

2. Перспективным является широкое применение противогрибковых шампуней в целях профилактики и лечения микроспории волосистой части у детей.

Литература:

1. Бурова, С. А. Проблема грибковых заболеваний человека / С. А. Бурова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1998. – № 1. – С. 39 – 41.

2. Сергеев, А. Ю. Грибковые инфекции: руководство для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. – М., ООО «Бином – пресс», 2004. – 440 с.

3. Принципы терапии дерматомикозов с поражением волосистой части головы / И. М. Корсунская [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 2. – С. 69-70.

4. Кашкин, П. Н. Практическое руководство по медицинской микологии / П. Н. Кашкин, В. В. Лисицин. – Л.: Медицина, 1983. – 192 с.

5. Родионов, А. Н. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей / А. Н. Родионов. – 2-е изд. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 288 с.